

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Відновлюючі операції при травмах і фістулах кишечника і сечовивідних шляхів (код курсу 15.8)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 6 годин.

I. Мета заняття

Травми, фістули кишечника і сечовивідних шляхів можуть виникнути як в акушерській так і в гінекологічній практиках. Тому знання клініки, діагностики та лікування цих патологічних станів дуже важливе для інтернів акушерів – гінекологів.

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомія статевих органів жінки.
2. Визначення та клініка нориць.
3. Нормальний перебіг післяопераційного та післяпологового періоду.

III. Об'єм нової інформації

1. Міхурово-вагінальна нориця : клініка, діагностика, лікування.
2. Кишково-генітальна нориця: клініка, діагностика, лікування

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести піхове дослідження		+	
2.	Провести лабораторне обстеження		+	
3.	Підготувати хвору до операції		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Міхурово-вагінальна нориця : клініка, діагностика, лікування.
2. Кишково-генітальна нориця: клініка, діагностика, лікування

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести збір анамнезу, фізикальне обстеження.
2. Провести вагінальне, ректальне обстеження.
3. Скласти план лабораторного та інструментального обстеження.

4. Підготувати хвору до оперативного лікування.

Тестові завдання

1. Хвора 3. 49 років знаходиться на диспансерному спостереженні з приводу фіброміоми матки. За останній рік пухлина матки збільшилася до 20 тижнів вагітності. Який раціональний метод лікування?

- A** * Екстирпація матки з додатками
- B** Гормональне лікування
- C** Подальше спостереження
- D** Ампутація матки без додатків
- E** Лікування інгібіторами простогландинів

2. Хвора 45 років скаржиться на помірні кров'яні виділення з піхви, Переймоподібний біль протягом останнього місяця, загальну слабкість, головокружіння. Жінка знаходиться на диспансерному обліку 5 років з приводу фіброміоми матки розмірами в 7 тижневу вагітність. Аналіз крові: Нв-65 г/л. Який діагноз найбільш імовірний на основі анамнестичних даних?

- A** * Фіброматозний вузол, що народжується
- B** Рак шийки матки
- C** Кровоточаща ерозія шийки матки
- D** Кровоточащий поліп шийки матки
- E** Ендометриоз шийки матки

3. Хвора 42 років звернулася до лікаря зі скаргами на ниючі болі внизу живота, слабкість, тривалі та рясні місячні. Стан задовільний. При бімануальному дослідженні виявлено збільшену матку до 10 тижнів, щільну, безболісну, з нерівними контурами. Який імовірний діагноз?

- A** * Міома матки
- B** Дісфункціональна маткова кровотеча
- C** Кістома яєчника
- D** Рак тіла матки
- E** Маткова вагітність

4. До гінеколога звернулася жінка 42 років зі скаргами на тривалі менструації протягом 1 року, зниження працездатності, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, гемоглобін 80 г/л. При бімануальному дослідженні визначається збільшене до 15 тижнів вагітності тіло матки, щільне, рухоме. Додатки не визначаються. Склепіння піхви глибокі, безболісні. Виділення кров'яні, помірні. Проведено лікувально-діагностичне вишкрябування слизової матки. Гістологічне дослідження зіскребу – залозево-кістозна гіперплазія ендометрію. Що є причиною постгеморагічної анемії

- A** * Міома матки, менорагія.
- B** Гостре запалення додатків матки.
- C** Рак тіла матки
- D** Рак тіла матки.
- E** Позаматкова вагітність

Ситуаційні задачі :

1. Хвора 36 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 12—13 тижнів вагітності, обмежено рухоме, цупке, керівної поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна.

Параметри вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін — 120 г/л, лейкоцитів — 12×10^9 /л, паличкоядерних лейкоцитів — 10 \%. Який найбільш вірогідний діагноз?

Відповідь- некроз фіброматоз-ного вузла

2. Хвора 64 років. Скаржиться на почастішання сечовипускання, ниючі болі внизу живота. В анамнезі 4 пологів, 2 останніх закінчилися накладанням акушерських щипців після епізіотомії. Об'єктивно: промежина рубцово змінена. При напружуванні із статевої щілини з'являється пухлиноподібне утворення рожевого кольору, еластичної консистенції, шийка матки виходить з піхви. На шийці матки виразка з гнійною смагою. Який найбільш вірогідний діагноз?

Відповідь- повне випадіння матки, декубітальна виразка

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Нориця — патологічний канал, що з'єднує глибокі шари тканини чи порожнисті органи з зовнішньою поверхнею тіла (шкірою чи слизовою оболонкою) або ж порожнисті органи чи окремі їх камери між собою. З огляду на це нориці поділяють на зовнішні та внутрішні. Залежно від розміщення внутрішнього тканинного кінця нориці остання може бути сліпою або наскрізною, що проникає в порожнину якогось внутрішнього органа (глотку, кишку, жовчні чи сечові шляхи тощо).

Нориці бувають природжені та набуті. Природжені нориці завжди вистелені епітелієм (ендотелієм), набуті — переважно грануляційною тканиною, рідше епітелієм

Кишкові випадкові нориці бувають за формою трубчасті та губоподібні.

Перші відрізняються тим, що в них слизова оболонка кишки не вивертається назовні стінки останньої, тоді як при губоподібних норицях вона наворачтається на зовнішню поверхню кишки. Форма кишкової нориці залежить насамперед від розмірів (діаметру) її та отвору в стінці кишки. Трубчасті нориці мають малі отвори, тоді як губоподібні — великі (через надмірність поверхні слизової оболонки порівняно з м'язовим шаром та велику рухомість її).

Причини нориць

- 1) родова травма (при патологічних пологах),
- 2) операційна травма (при акушерських та гінекологічних операціях),
- 3) ускладнення запальних процесів придатків (прорив гнійників),
- 4) злоякісні пухлини з розпадом;
- 5) променеві ушкодження сусідніх органів;
- 6) травма (не пов'язана з пологами або операцією).

В акушерській практиці причиною утворення свищів служить тривале стояння голівки в одній площині тазу і притиснення м'яких тканин до кісток тазу, що може статися при вузькому тазі, великому плоді, слабкості пологової діяльності. Акушерські операція (накладення щипців, епібріотомія, вакуум-екстракція, ізвлеченіезатазовий кінець) можуть супроводжуватися великими розривами м'яких тканин і сусідніх органів подальшим формуванням свищів. Виникаючі при цьому ушкодження іноді можуть залишатися - непоміченими, а в ряді випадків навіть при усуненні пошкодження повного загоєння не наступає.

При прориві піосальпінксу в кишечник або сечовий міхур може наступити спорожнення гнійника і купірування явищ гострого запалення, проте після цього може сформуватися свищ між матковою трубою і кишечником або сечовим міхуром. При злоякісних пухлинах свищі виникають внаслідок поширення процесу на сусідні органи в результаті розпаду пухлини.

Клінічна картина. Клініка свищів залежить від їх локалізації. Найбільш характерними симптомами є мимовільне виділення сечі, калу або відходження газів через піхву. Тривало існуючі свищі викликають подразнення, свербіж і болі в області зовнішніх статевих органів. Ускладненням свища може бути висхідна інфекція сечових шляхів, а також матки, піхви, придатків матки. Постійні гнильні виділення, витікання сечі, калу і газів пригнічують хвору, позбавляють її працездатності. Нерідко при свищах порушується менструальна функція.

Діагностика. Діагноз встановлюють на підставі скарг хворої, анамнестичних даних, а також результатів огляду зовнішніх статевих Органова піхви. Для уточнення локалізації свища застосовують додаткові методи дослідження: цистоскопію, цистографію, екскреторну урографію, фістулографію (введення контрастної речовини всвищевой хід).

Профілактика. Оскільки найбільш часто свищі бувають наслідком пологої травми, серед профілактичних заходів найбільш важливим є раціональне ведення пологів, надання в пологах правильної акушерської допомоги, що безпосередньо пов'язано з проблемою підготовки кваліфікованих середніх медичних працівників.

Профілактика післяопераційних свищів зводиться до дбайливого поводження з тканинами, правильній оцінці анатомічних взаємовідносин органів під час операції.

При гострій травмі сусідніх органів в пологах або при гінекологічних операціях потрібне негайне відновлення їх цілості. Якщо свищ сформувався, роблять спроби консервативного його загоєння (свищі невеликих розмірів можуть гоїтися мимоволі). При сечостатевих свищах вводять в уретру постійний катетер (положення хворий у ліжку при цьому має бути на животі або на спині залежно від локалізації свища), до місця пошкодження підводять тампони з маззю Вишневського або 5% синтоміциновою емульсією.

При подразненні зовнішніх статевих органів рекомендуються сидячі теплі ванночки з відваром ромашки розчином перманганату калію 1:10 000.

Свищ можна усунути також хірургічним шляхом. Операції з приводу свищів складні. Підготовка хворої до операції полягає в дотриманні дієти (виключається гостра їжа), рясному питво, ретельному догляді за зовнішніми статевими органами, спринцюванні піхви дезінфікуючими розчинами, проведенні антибактеріальної терапії.

Усувають свищеві ходи шляхом розщеплення і поширеного зашивання тканин. У забезпеченні успіху операції дуже важливий післяопераційний догляд. Необхідний постійний контроль за функціонуванням катетера. Якщо він засмічується солями або згустками крові, його потрібно промити або замінити.

Режим постільний, дієта щадна (тільки рідка їжа) протягом 5-7 днів. Одночасно повинен здійснюватися загальний догляд (за порожниною рота, шкірою і т. д.).

Якщо свищ виник на ґрунті прориву гнійника маткової труби або яєчника, показано оперативне втручання (видалення вогнища інфекції). При туберкульозної етіології свища проводять специфічне протитуберкульозне лікування, після чого вирішується питання про операцію.

Міхурово-вагінальний свищ – вроджене або набуте захворювання (ускладнення), що характеризується постійним підтіканням сечі внаслідок наявності нориці між сечовим міхуром та вагіною [1].

Міхурово-вагінальний свищ буває двох видів:

а) уроджений;

б) набутий, який є ускладненням акушерських операцій чи патологічним пологам, гінекологічними втручаннями, травматичними ушкодженнями, променевими враженнями

У патогенезі нориць, які розвиваються під час затяжних пологів, основну роль відіграють трофічні порушення, тривала ішемія стінки сечового міхура, зумовлена стискуванням м'яких тканин між головою плода і лобковими кістками.

Міхурово-вагінальні свищі з однаковою частотою виявляються при перших і повторних пологах. При повторних пологах ризик утворення нориць підвищується у разі наявності запальної або рубцевої деформації тканин полового каналу і клітковини, що оточує сечові органи.

Нориці виникають не одразу після пологів, а через 1 – 3 тижні або пізніше. Це залежить від ступеня ішемії і розмірів пошкодженої ділянки сечового міхура та швидкості секвестрації некротизованої тканини

При гінекологічних операціях міхурово-вагінальні нориці утворюються частіше ніж при акушерських. Співвідношення між ними становить 9 до 1. при чому в разі вагінальних втручань пошкодження сечового міхура спостерігається частіше ніж при абдомінальних.

Висока частота пошкоджень сечового міхура під час хірургічних втручань на жіночих статевих органах пояснюється не лише анатомічними зв'язками піхви, шийки матки і сечового міхура, але й змінами в стінці сечового міхура при різних гінекологічних захворюваннях та змінами його розташування. Так, пухлини матки порушують відтік із сечового міхура, стискаючи його на рівні між сечовідної зв'язки або вище. Хронічна затримка сечі може бути спричинена розвитком цистоцелечерез виражену ретрофлексію матки, що має пухлинний вузол. У цих випадках стінка сечового міхура стає тонкою. Хронічний цистит, який часто супроводжує патологію матки та її придатків, зумовлює порушення відтоку сечі і склероз стінки сечового міхура

Основним симптомом сечостатевої нориці є мимовільне виділення сечі, характер і особливості якого залежать від величини, форми, локалізації нориці.

Кількість виділеної сечі залежить від величини нориці. При невеликій нориці сечовипускання природним шляхом може бути збережене більшою мірою, але одночасно спостерігається мимовільне виділення сечі через піхву. При значних дефектах вся сеча витікає назовні. Якщо нориця має звивисту чи лійкоподібну форму або форму клапана, хворі в певному положенні (горизонтальному чи вертикальному) можуть частково утримувати сечу.

У хворих з великими норицями завжди бувають тяжкі запальні зміни сечового міхура, піхви, зовнішніх статевих органів. Внаслідок хронічного подразнення інфікованою сечею у багатьох жінок виявляються мацерація і навіть гнійне запалення внутрішніх поверхонь стегон.

До найпростіших і найпоширеніших методів діагностики належить уведення в сечовий міхур забарвлених розчинів з подальшим спостереженням за їх надходженням через норицю в піхву.

Для цього в піхву вводять піхвове дзеркало й підйомник, а в сечовий міхур – забарвлену рідину. При наявності міхурово-піхвової нориці рідина буде надходити в піхву.

З метою виявлення точкової нориці сечовий міхур заповнюють рідиною, забарвленою метиленовим синім, а в піхву вкладають тампон, який у разі наявності нориці забарвлюється.

Лікування

У рідкісних випадках невеликі нориці (близько 3 мм у діаметрі) закриваються самостійно. Ефективність консервативного лікування досягає 2,5%. Тому основним методом лікування хворих є оперативний.

Для закриття сечостатевої нориці (фістулопластики) використовують три основних методи – черезміхуровий, черезпіхвовий, черезочеревинний. Інколи застосовують різні комбінації цих методів. Незалежно від того, який метод закриття нориці, передусім треба ліквідувати джерела запалення в сечостатевої системі. Для цього проводять протизапальну терапію з урахуванням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків і хіміопрепаратів.

Закриття сечостатевої нориці черезпіхвовим доступом. Хвора набуває на операційному столі гінекологічного положення. Малі статеві губи пришивають до шкіри стегон. За допомогою заднього піхвового дзеркала і спеціальних підйомників обмежують операційне поле потрібної величини. При рубцевому стенозі піхви для забезпечення широкого доступу до операційного поля роблять поздовжню (по середній лінії) чи бічну перинеотомію.

Максимально зводять до низу шийку матки і, відступивши 0,5-1 см від краю отвору нориці, роблять овальний розріз слизової оболонки піхви. Краї рани відсепаровують, рубець висікають. При накладанні швів вкол і вкол голки роблять так, щоб забезпечити при зав'язуванні інвагінацію його в сечовий міхур. потім накладають другий ярус швів і рану передньої стінки піхви зашивають.

Закриття сечостатевої нориці позаочеревинним (черезміхуровим) доступом. Серединним розрізом між лобком і пупком виділяють передню стінку сечового міхура і поздовжнім чи дугоподібним розрізом між контрольними (провізорними) лігатурами розтинають його. Сечовий міхур максимально розтягують розширювачем, уточнюють форму і топографію нориці.

В обидва сечоводи вводять індивідуально підібрані трубки – катетери. При глибоко розташованих норицях для наближення дна сечового міхура іноді вдаються дотампування піхви перед операцією. Можна мобілізувати край нориці за допомогою кетгутових петель: один ряд петель (кількість їх залежить від розмірів нориці) накладають на піхвовий край нориці, другий – відступивши 1 см від нього, на стінку сечового міхура. При протягуванні за петлі край нориці зміщується вгору. Спеціальним скальпелем (зігнутих під кутом) відділяють стінку сечового міхура від піхви на глибину 1 – 1,5 см. За допомогою гумового катетера перший ряд петель, накладений на піхвовий край нориці і зібраний у пучок, виводять через піхву назовні і підтягують. При цьому стінка піхви в ділянці нориці утворює поперечну складку. На ранову поверхню піхви (з боку сечового міхура) накладають кетгутові шви.

Другий ряд швів накладають на край міхурової частини нориці так, щоб між стінкою піхви і сечовим міхуром не було порожнини. У піхві на добу залишають тампон. Сечовий міхур дренують постійним катетером. Сечовідні катетери видаляють під кінець операції. У тих випадках, коли нориця межує безпосередньо з отворами сечоводів, катетери залишаються на кілька діб [1, 3, 5-9].

В складних випадках при рецидивних міхурово-вагінальних норицях, що не підлягають зашиванню з метою підвищення якості життя хворих можливо проведення трансректальної деривації сечі].

Кишково-генітальні свищі

Кишково-генітальні свищі, при яких свищевою хід з'єднує будь-який відділ кишечника з внутрішніми статевими органами, зустрічаються найбільш часто (49,3% всіх генітальних свищів).

Клініка. Найбільш часто прямокишково-піхвові свищі травматичного генезу бувають низького і середнього рівнів, розташовуються на задній або заднебоковій стінці піхви і відкриваються в анальному каналі або області сфінктера прямої кишки. При точкових свищах хворих турбує мимовільне відходження газів з піхви, при свищах великих розмірів - нетримання газів і калу, печіння, свербіж у піхві внаслідок мацерації слизової оболонки навколо свища і кольпіту. Прямокишково-вагінальні нориці часто поєднуються з грубою рубцевою деформацією промежини і задньої стінки піхви, неспроможністю тазового дна і сфінктера прямої кишки.

Високі прямокишково-піхвові свищі утворюються на 7 - 9-у добу після гінекологічних або проктологічних операцій внаслідок неспроможності швів на кишці і проявляються відходженням газів і калу з піхви, болями внизу живота, лихоманкою, інтоксикацією, рясними гнійними виділеннями з піхви. Свищевой хід розташовується в інфільтраті

Діагностика. Для діагностики свища застосовують огляд піхви за допомогою дзеркал, ректовагінального дворучне дослідження, зондування свищового ходу. При огляді необхідно визначити локалізацію свищового ходу в піхву, стан тканин навколо нього, вираженість рубцевих змін стінки піхви, промежини, анальної області. Піхвові дослідження дозволяє уточнити чи розташований свищевой хід в інфільтраті, які її розміри, консистенція, можливість абсцедування, стан органів малого тазу. Зондування виявляє напрямок свищового ходу і його ставлення до сфінктера прямої кишки. Локалізацію свища уточнюють при ректороманоскопії

При прямокишково-вагінальних свищах низького і середнього рівнів показано хірургічне лікування. При прямокишково-вагінальних свищах високого рівня краща консервативна тактика: високі клізми, мазеві тампони у піхву, місцева санація піхви, загальнозміцнююча, імуностимулюючі терапія.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. *Гинекология: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
5. *Гинекологическая диагностика и лечение* // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
6. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
7. *Тихомиров А.А., Лубнин Д.М.* Новый принцип лечения миомы матки. – М., 2006. – 48с.
8. *Лихачов В.К.* Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.

Методичну розробку практичного заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров.

26.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03.2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.